



**DECLARACION POR PERDIDA ACCIDENTAL DE LA VISTA  
O LOS MIEMBROS  
DECLARACION DEL ASEGURADO**

**INSTRUCCIONES AL ASEGURADO**

- 1° Sírvase contestar íntegramente todas las preguntas.
- 2° Firme el formulario en presencia de testigo.
- 3° Haga preparar del (de los) médico(s) asistente(s) el formulario N° 3717 P.A.
- 4° Devuelva todos los formularios y declaraciones a la oficina de Panamericana donde paga las primas.

Nombre completo del asegurado		Póliza(s) N° (s)	
Dirección del asegurado		Fecha de nacimiento	
Fecha del accidente	Lugar del accidente		

Describase cómo sucedió el accidente. (De ser necesario más espacio, úsese el reverso).

---

---

---

---

Dé el nombre y la dirección de todos los médicos que lo hayan tratado en los últimos 5 años.

Nombre	Dirección	Fecha

Hago constar que en todas las declaraciones hechas en este formulario son verídicas y completas según mi leal saber y entender, convengo en suministrar declaraciones de médicos que me hayan tratado o atendido así como todos los demás documentos que la Compañía exija por ser de utilidad en esta reclamación, y convengo además en que esos documentos o declaraciones constituirán y por este medio se convertirán en parte integrante de las pruebas de la pérdida accidental que se reclama.

**PARA TODOS LOS MEDICOS, HOSPITALES , CLINICAS, SANATORIOS, FARMACEUTICOS Y OTRAS AGENCIAS:**  
Quedan ustedes autorizados para permitirle al portador, representante de Pan-American Life Insurance de Guatemala, Compañía de Seguros, S.A., que obtenga datos o lea un ejemplar de todos sus archivos respecto al tratamiento, antecedentes y recetas de

_____ Nombre del Asegurado	
_____ TESTIGO	_____ FIRMA DEL ASEGURADO
_____ FECHA	_____ DIRECCION - NUMERO Y CALLE
_____	_____ CIUDAD Y PAIS